TITRES ET TRAVAUX

DE

René LE FORT

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE LILLE
CHIRURGIEN EN CHEF AU SANATORIUM DE SAINT-POL-SUR-MER
CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

LILLE
LE BIGOT FRÈRES IMPRIMEURS-ÉDITEURS
25, rue Nicolas-Leblanc, 25

1904

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

TITRES SCIENTIFIQUES

Externe des hôpitaux de Lille, 1887

Interne (lauréat) des hôpitaux de Lille, 1888

Lauréat de la Faculté de médecine de Lille

a) Prix Parise (prix bisannuel de chirurgie), 1890
b) Médaille d'or (prix de thèse), 1891

Docteur en médecine, 1890

Mention honorable a l'Académie des sciences pour le prix Lallemand, 1891

Mention honorable a l'Académie de médecine pour le prix Laborie, 1891

Ex-Médecin-major de 2e classe, 1898

Membre de la Société centrale de Médecine du Nord, 1899

Chef de clinique chirurgicale a la Faculté de Lille, 1900-1904

Chirurgien-adjoint des hôpitaux de Lille, 1901

Chirurgien en chef au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer, 1902

Membre de l'Association française de chirurgie, 1903

Membre fondateur de la Société française d'Orthopédie, 1904

ENSEIGNEMENT

Chef de clinique chirurgicale pendant quatre années

Cours libre de chirurgie a la Faculté de médecine de Lille pendant deux années

DEUXIÈME PARTIE

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

D'Avril 1901 à Avril 1904

I. — PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Les grands écrasements des membres. *Echo médical du Nord*, 1901, p. 558, N° 257.

Revue thérapeutique sous forme de consultation médico-chirurgicale.

Hémorrhagies internes post-opératoires chez des hémophiles latents ; un cas d'odontorrhagie mortelle. *Société centrale de médecine du Nord*, 27 novembre 1903 et *Echo médical du Nord*, 1904, N° 3, p. 26.

En moins de 10 mois, nous avons eu trois fois l'occasion d'opérer des hémophiles dans le service de M. le professeur Folet.

Une femme de bonne santé générale meurt d'hémorragie interne, malgré la laparotomie d'urgence, la nuit qui suit une hystérectomie subtotale pour fibrome utérin banal. C'est après sa mort qu'on apprend que cette femme a perdu ses huit enfants d'hémorragies buccales et nasales.

Un autre malade, opéré de hernie inguinale, fait la nuit qui suit l'opération une hémorragie interne par sa ligature épiploïque. Laparotomisé d'urgence, il a une hémorragie par la piqûre faite à la cuisse pour une injection de sérum artificiel. Il fait successivement des poussées de congestion pulmonaire, un hématome de la paroi abdominale et finit par guérir.

Un troisième est le type classique de l'hémophile. A la suite de l'avulsion d'une dent, des hémorragies incoercibles nous conduisent comme dernière ressource à lier la carotide externe, sans résultat efficace.

Septicémie gangréneuse non gazeuse produite par le vibrion septiqne. *Société centrale de médecine du Nord*, 27 mars 1903, et *Echo médical du Nord*, 1903, N° 20, p. 230.

Expériences sur les propriétés immunisantes du sérum d'un malade ayant eu récemment une attaque de tétanos (en collaboration avec M. Gontier de la Roche). *Société centrale de médecine du Nord*, 8 mai 1903, et *Echo médical du Nord*, 1903, N° 22, p. 247.

D'expériences entreprises avec le sérum d'un malade ayant eu récemment une attaque de tétanos, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° le sérum d'un tétanique guéri n'est pas immunisant;

2° le sérum d'un homme sain ayant reçu du sérum antitétanique n'est pas immunisant.

II. — CRANE

Balle dans la tête (en collaboration avec M. le professeur Folet). *Echo médical du Nord*, 1903, N° 42, p. 475.

Consultation médico-chirurgicale. Ce travail a été suivi de deux autres intitulés : balle dans la poitrine et balle dans le ventre.

Abcès du cervelet d'origine otique (en collaboration avec MM. Camus et Gaudier). *Société centrale de médecine du Nord*, 13 juin 1902.

III. — RACHIS

Luxation du rachis. *Société centrale de médecine du Nord*, 11 octobre 1901.

Fracture de la colonne vertébrale Ecrasement et rupture totale de la moelle. Laminectomie. Mort. *Société centrale de médecine du Nord*, 13 juin 1902.

IV. — FACE

Contribution à l'étude clinique des fractures de la face. *Congrès du Caire*, 23 décembre 1902.

Dans une série de travaux antérieurs, nous avons cherché à établir :

1° La fréquence certaine des fractures de la mâchoire supérieure. Ces fractures, expérimentalement, ne s'accompagnent d'aucun déplacement dans la très grande majorité des cas, et selon toute vraisemblance elles passent inaperçues le plus souvent chez les blessés qui en sont atteints;

2° Les lois suivant lesquelles se fait la division de la face en fragments. On trouvera dans une autre partie de ce travail (page 17) le résumé des règles générales que nous avons établies.

Depuis le commencement de 1900, nous avons examiné au point de vue des fractures possibles de la face tous les blessés qui ont été victimes d'un traumatisme portant au niveau du massif maxillaire supérieur et qui ont été soumis à notre examen. A la fin de 1902, nous avions observé trois blessés atteints de grande fracture à fragments multiples de la mâchoire supérieure. Depuis cette époque, nous avons eu encore l'occasion d'en observer un nouveau fait. Ces fractures ne sont pas graves par elles mêmes, trois de nos quatre blessés ont guéri sans incidents et pour eux la conviction de l'exactitude de notre diagnostic n'a pas l'appui d'un examen anatomo-pathologique direct. Un de nos blessés est mort de blessures multiples et profondes concomitantes (il s'agissait d'une chute d'un lieu élevé). Chez ce sujet nous avons pu retrouver à l'autopsie la fracture de la face. Il y avait grande fracture à cinq fragments, du type que nous avons décrit, et nous avons trouvé, en même temps que la confirmation du diagnostic précis établi, la preuve de l'identité anatomique des fractures de la face sur le vivant et sur le cadavre.

Quatre resections de maxillaires. Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, 12 juillet 1901.

Résection du maxillaire superieur pour myxo-sarcome naso-pharyngien. *Société centrale de médecine du Nord*, 11 juillet 1902

Sarcome du pharynx, ablation après résection du maxillaire supérieur et laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. *Société centrale de médecine du Nord*, 26 juin 1903, et *Echo médical du Nord*, n° 34, p. 379.

Kyste dermoïde du plancher de la bouche. *Société centrale de médecine du Nord*, 27 octobre 1902.

Fait venant à l'appui des idées de M. le professeur Berger sur la simplicité de l'opération par voie buccale.

V. — COU

Un sou dans l'œsophage, œsophagotomie, guérison. *Echo médical du Nord* 1901, N° 27, p. 307.

Cancer de l'œsophage, rétrécissement du larynx et de la trachée par des masses ganglionnaires. *Société centrale de médecine du Nord*, 18 décembre 1903.

VI. — POITRINE

Mastite carcinomateuse. *Société centrale de médecine du Nord*, 26 juillet 1901, et *Echo médical du Nord*, 1901, N° 34, p. 396.

Chez une femme présentant depuis quatre à cinq mois un cancer du sein, une poussée cancéreuse se fait avec une acuité telle qu'en trois jours la peau de toute la région, les ganglions, le grand pectoral, sains auparavant, se trouvent envahis largement et que l'opération ne peut être exécutée qu'au prix de délabrements énormes.

Balle dans la poitrine (en collaboration avec M. le professeur Folet). *Echo médical du Nord*, 1904, N° 2, p. 17.

Revue thérapeutique sous forme de consultation médico-chirurgicale.

Coup de couteau. Plaie pénétrante de la plèvre, du péricarde et du péritoine. Résection de l'épiploon dans le péricarde, suture du centre phrénique. *Société centrale de médecine du Nord*, 8 mai 1903, et *Echo médical du Nord*, 1903, n° 25, p. 269.

Nous avons dû pratiquer d'urgence chez ce blessé le rabattement d'un grand volet thoracique pour traiter les lésions graves

dont il était atteint. La mort ne paraît pas avoir été la conséquence

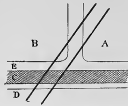


Figure très schématique indiquant les lésions produites par le coup de couteau (intervalle compris entre les deux gros traits noirs obliques).
A. Cavité pleurale ; B. Cavité péricardique ; C. Diaphragme ; D. Péritoine ; E. Tissu cellulaire.

directe des lésions, celles-ci avaient pu être réparées au cours de l'intervention.

Syncope mortelle non chloroformique. Massage du cœur. — Rappel momentané des contractions cardiaques. *Société centrale de médecine du Nord*, 8 janvier 1904, et *Echo médical du Nord*, 1904, N° 6, p. 67.

Nous avons pu, au cours de cette intervention, et aussi de celle qui précède, faire quelques remarques sur la physiologie et sur l'anatomie chirurgicale du cœur et du péricarde.

VII. — ABDOMEN

Balle dans le ventre. *Echo médical du Nord*, 1904, n° 8, p. 90.

Revue thérapeutique sous forme de consultation médico-chirurgicale.

Contusion abdominale. Mort. Présentation de pièces. *Société centrale de médecine du Nord*, 22 janvier 1904.

Le sujet de cette observation avait été tamponné par un wagon de chemin de fer. Il ne présenta que peu de symptômes dans les

premières heures, et cependant, la rate et le rein gauche furent trouvés entièrement écrasés à la laparotomie. La *néphrectomie et la splénectomie*, pratiquées d'urgence dans la même séance, ne parvinrent pas à le sauver.

Contusion de l'abdomen, laparotomie en pleine péritonite. Mort trois heures après. Intégrité péritonéale presque complète à l'autopsie. *Société centrale de médecine du Nord*, 8 janvier 1904 et *Echo médical du Nord*, 1904, n° 3, p. 29.

Coup de baïonnette dans le ventre, Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, 26 juillet 1901.

Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de baïonnette Lebel. Laparotomie. Mort par infection secondaire. *Bulletin de la Société centrale de médecine du Nord*, 1901, N° 9, p. 234, et *Echo médical du Nord*, 1902, p. 103.

Occlusion intestinale. *Echo médical du Nord*, 9 mars 1902, n° 269, p. 115.

Revue thérapeutique sous forme de consultation médico-chirurgicale.

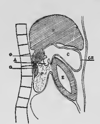
Ulcères de l'iléon. Péritonite. Fausse occlusion intestinale. Laparotomie. Guérison. *Société de chirurgie*, 30 avril 1902.

Ce travail a fait l'objet d'un rapport de M. Lejars à la Société de Chirurgie le 13 avril 1904. — Le point de départ en est une observation personnelle, ayant trait au premier fait publié, pensons-nous, de guérison par la laparotomie d'ulcères de l'iléon.

Occlusion intestinale, kyste du pancréas ou péritonite enkystée (en collaboration avec M. le professeur Curtis). *Société centrale de médecine du Nord*, 22 mai 1903, p. 147, et 12 juin 1903, p. 152, et *Echo médical du Nord*, 1903, N° 26, p. 282.

Le diagnostic anatomique de ce cas peut se résumer ainsi : tuberculose chronique des ganglions rétro-pancréatiques ayant déterminé une pancréatite tuberculeuse de voisinage dans la partie moyenne et le bord supérieur du pancréas. Petit foyer de nécrose tuberculeuse, véritable caverne taillée dans le bord supérieur du pancréas et dans les masses ganglionnaires voisines. Péritonite tuberculeuse enkystée de la partie supérieure de l'arrière-cavité du péritoine.

Cliniquement, les phénomènes observés ont été ceux d'une occlusion intestinale, et la laparotomie a permis d'ouvrir un kyste situé immédiatement en arrière de l'épiploon gastro-hépato-coli-



F. Foie ; P. Pancréas ; G. Ganglions rétropancréatiques avec foyers caséeux ; A. Caverne du bord supérieur du pancréas ; E. Estomac ; C. Arrière-cavité du péritoine distendue par le liquide enkysté ; GH. Feuillets de l'épiploon gastro-hépatique refoulé par l'épanchement.

que. Le diagnostic anatomique précis n'a pu être établi qu'après un examen détaillé des pièces en mains.

Tumeur du cœcum, résection. *Société centrale de médecine du Nord*, 11 octobre 1901.

Présentation de pièces. Pour cancer du cœcum, nous avons dû enlever le cœcum, le côlon ascendant, la moitié du côlon transverse et douze centimètres d'iléon.

Amputation spontanée de l'appendice et greffe péritoneale du segment amputé. Brides peritonéales et coudures de l'intestin. Occlusion intestinale aiguë par torsion du mésentère un demi-siècle plus tard. Laparotomie. Mort. *Société de chirurgie*, 13 novembre 1901.

Ce travail a fait l'objet d'un rapport de M. Lejars à la Société de Chirurgie le 13 avril 1904.

Le malade a succombé à la stercorémie, l'opération n'ayant pu être pratiquée assez tôt. La circulation intestinale était rétablie.

Calcul appendiculaire. *Société centrale de médecine du Nord*, 12 juin 1903.

Calcul éliminé spontanément par la cicatrice de la paroi abdominale chez un malade opéré six semaines auparavant d'appendicite suppurée.

Appendicites vermineuses. *Société centrale de médecine du Nord*, 24 juillet 1903, et (en collaboration avec M. Davrinche), *Echo médical du Nord*, 1903, n° 47, p. 536.

Sur une vingtaine d'appendices enlevés consécutivement et examinés au point de vue de la présence des helminthes, nous avons trouvé deux fois dans le diverticule des tricocéphales vivants. Une fois l'appendice était malade, une autre fois il était sain. Il s'agissait dans ce dernier cas d'un malade atteint de cholécystite calculeuse.

Gastro-entérostomie, éventration post-opératoire au neuvième jour, guérison. *Société centrale de médecine du Nord*, 9 octobre 1903.

Sur le traitement des grosses éventrations médianes post-opératoires. *Congrès de gynécologie*, Rouen, 8 avril 1904.

Il n'y a pas un traitement unique de l'éventration post-opératoire, des traitements divers doivent être appliqués aux différentes formes de l'affection.

Les petites éventrations sont justiciables des procédés simples; la résection du sac, avec avivement des bords de l'orifice fibreux, peut donner d'excellents résultats. L'éventration est-elle de volume moyen, ou de gros volume, il faut recourir aux procédés plus complexes qui ouvrent la gaine des droits, tels que les procédés de M. le professeur Le Dentu et de Maydl, ou aux procédés complexes d'entrecroisement de Savariaud ou de Sapiejko.

Les procédés d'entrecroisement ont l'avantage de ne pas laisser de cicatrice médiane sur tous les plans. Le chevauchement des lignes de suture est incontestablement une condition excellente pour éviter la récidive, mais il nous semble qu'on peut adresser aux procédés d'entrecroisement quelques reproches : ou l'entrecroisement ne porte que sur les plans fibreux (Savariaud) et n'oppose que des tissus malades aux efforts dangereux, ou l'entrecroisement porte sur les muscles (Sapiejko) et doit nécessiter de

tels efforts de traction qu'il doit être impraticable dans la plupart des cas de grosses éventrations.

Nous avons cherché un procédé qui évite ces écueils. Il consiste à superposer les deux muscles droits dans une gaîne commune en faisant progressivement le rapprochement puis l'entrecroisement des droits. Une des gaînes est ouverte à sa partie antérieure, la gaîne du côté opposé à sa partie postérieure, et les bords éversés des gaînes ouvertes sont suturés largement ensemble, bord droit antérieur d'une gaîne avec bord droit postérieur de l'autre, bord gauche antérieur de l'une avec bord gauche postérieur de l'autre.

1er temps : Incision de la peau à droite ou (mieux) à gauche de la

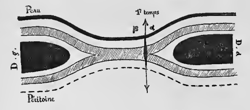


Fig. 1. — Section de la peau, de l'aponévrose et du péritoine à un centimètre du grand droit du côté droit.

masse éventrée à sa limite interne. Nous supposons l'incision faite à droite, conformément à nos figures (1). On reconnait le bord du droit, et à un bon centimètre en dedans de ce bord, on incise la ligne blanche anormale et élargie. Il est très facile et nécessaire d'éviter d'ouvrir la gaîne du muscle. Le péritoine est incisé et, s'il y a lieu, les adhérences intestinales traitées comme il convient. L'incision de l'aponévrose (ligne blanche) en dedans du grand droit du côté droit, dépasse les limites de l'éventration en haut et en bas et se termine en tissu sain.

2e temps : La poche d'éventration et la paroi latérale gauche qui lui fait suite sont éversées, et le trajet du muscle grand droit du côté gauche est reconnu par sa face péritonéale. Incision de la

(1) Ces figures schématiques proviennent de la thèse de notre élève M. le docteur Liénart.

gaine postérieure de ce muscle à sa partie moyenne (plus en dedans si on craint une tractiou trop forte) dans toute la largeur de l'éventration, venant rejoindre en haut et en bas la première incision.

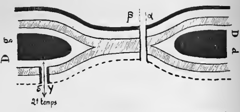


Fig. II. — Incision du feuillet postérieur de la gaine du grand droit gauche.

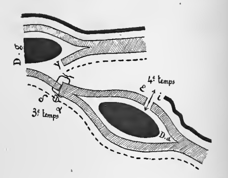


Fig. III. — 1° Suture du bord droit de la ligne blanche à la partie externe du feuillet postérieur de la gaine du grand droit gauche (l'accolement doit être large, c'est pour plus de clarté que les figures représentent des affrontements bords à bords et non surfaces à surfaces). 2° Incision du feuillet antérieur de la gaine du grand droit droit.

3e temps : Le bord droit de la première incision est suturé largement au bord gauche de la seconde, en d'autres termes, le bord droit de la ligne blanche est suturé à la partie gauche de la gaine

postérieure du muscle grand droit gauche. Ce temps terminé, le ventre est fermé.

4e temps : La gaine du grand droit du côté droit est incisée à sa partie antérieure.

5e temps : Le bord interne de cette gaine rabattu vient se fixer tout entier et non par son bord (ce sont toujours des surfaces et non des bords qu'on adosse) dans le fond de la gaine du grand

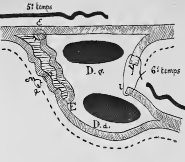


Fig. IV. — 1° Le bord interne du feuillet antérieur de la gaine du grand droit droit est fixé dans l'angle externe de la gaine du grand droit gauche. 2° Suture des bords droits des feuillets antérieur du droit droit et postérieur du droit gauche

droit gauche, dans sa partie la plus éloignée, de telle sorte que la première suture est renforcée, complétée, et que les aponévroses des muscles latéraux gauches de l'abdomen se continuent en dedans : en avant normalement avec la gaine antérieure du droit du côté gauche, en arrière par l'intermédiaire de deux solides plans de sutures avec la gaine postérieure du grand droit du côté droit. Ce rapprochement a été effectué en deux fois, la traction est forte, et par l'effet de cette traction le muscle grand droit du côté droit est étalé à la surface de sa gaine postérieure, le grand droit du côté gauche est recroquevillé à l'angle externe de sa gaine éversée.

6e temps : Le bord externe de la gaine antérieure du muscle du côté droit et le bord interne de la gaine postérieure du muscle du

côté gauche sont suturés ensemble sur toute leur épaisseur, de façon à limiter à droite comme à gauche par une épaisse masse fibreuse la gaîne désormais commune des muscles droits.

7e temps : On enlève les tissus inutiles constitués par la ligne blanche distendue, doublée de péritoine ou non et formant la poche d'éventration et on suture la peau.

La durée de l'intervention a varié de 40 à 45 minutes, libération et traitement de l'intestin compris.

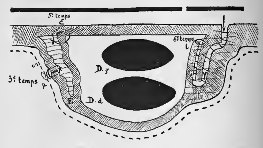


Fig. V. — Opération terminée. Les muscles droits sont réunis dans une gaîne commune. Les plans fibreux situés à droite et à gauche des muscles représentés en détail pour la clarté du dessin, forment en réalité de solides bourrelets latéraux tassés par les sutures.

L'inconvénient apparent résultant de la création de conditions anatomiques nouvelles et anormales par la superposition des deux muscles droits dans une gaîne commune est plus apparent que réel ; nous avons vu, en effet, que la description classique de la ligne blanche, barrière fibreuse séparant les deux muscles sur le ligne médiane, est loin de correspondre à la totalité des cas. Très souvent les muscles ne sont séparés que par une mince lame celluleuse dans la région sous-ombilicale et même leurs bords chevauchent l'un sur l'autre, si bien que l'entrecroisement dans une même gaîne n'est que l'exagération d'une disposition normale. Du reste, l'inconvénient serait compensé par des avantages multiples :

1o Les manœuvres successives du procédé permettent un rappro-

chement des muscles qui, d'emblée, serait illusoire. La première ligne de sutures, permet la seconde qui facilite la troisiéme.

2° Le ventre est tôt fermé, dès l'application de la première ligne de sutures, ce qui simplifie les manœuvres et évite l'infection.



Fig. VI. — Malade de l'observation III avant l'opération.

3° Aucun tissu n'est supprimé avant la fin de l'opération, ce qui permet d'enlever les seuls tissus inutilisables.

4° Les chances de récidive sont réduites au minimum. Nous avons actuellement trois malades opérées de trés volumineuses

éventrations. L'une d'elles a supporté depuis, sans relâchement de sa paroi, une grossesse et un accouchement à terme. La figure VIII montre cette opérée au dernier mois de sa grossesse.



Fig. VII. — Malade de l'observation III avant l'opération

Volumineuse hernie ventrale chez une femme obèse à ventre tombant. Cure radicale et traitement de la plaie abdominale par un procédé nouveau : laparoplastie. *Société centrale de médecine du Nord*, 15 avril 1904.

Sous cette appellation : laparoplastie, nous avons voulu dési-

gner une opération analogue à la pyloroplastie, la salpingoplastie, etc , qui consistent à suturer une plaie perpendiculairement à la ligne d'incision. L'incision verticale de la paroi abdominale (ou



Fig. VIII. — Femme opérée d'éventration depuis 18 mois, guérie et au dernier mois d'une grossesse.

plutôt elliptique à grand axe vertical) nécessitée par la cure de la hernie a été suturée transversalement, de façon à obtenir le relèvement de la paroi inférieure tombante de l'abdomen. Le résultat obtenu a été excellent.

Grosse hernie ombilicale étranglée. Fntéro-anastomose. cure radicale, guérison malgré delirium tremens. *Société centrale de médecine du Nord*, 15 avril 1904.

Chez une femme grasse ayant une volumineuse hernie ombilicale étranglée avec lésions profondes de l'intestin, l'omphalectomie



simple suivie de sutures à étages nous a donné un excellent résultat au point de vue de la solidité de la paroi, malgré une attaque de delirium tremens survenue dès le lendemain de l'opération et l'existence momentanée d'une fistulette stercorale.

Hernie étranglée de la trompe et de l'intestin. *Société centrale de médecine du Nord*, 23 mars 1902.

Cette observation a servi de point de départ à la thése de notre éléve Ivanoff dans laquelle nous avons pu rassembler 22 faits analogues.

Etranglement herniaire compliqué de torsion ancienne d'une des anses étranglées. Résection intestinale. Guérison. *Société centrale de médecine du Nord*, 13 juin 1902.

Trois cas de lithiase vésiculaire ayant simulé d'autres affections. Présentation de pièces opératoires : vésicule avec calcul dans le cystique (cystico-cholécystectomie) et calculs biliaires (cholécystostomies). *Société centrale de médecine du Nord*, 24 juillet 1903, et *Echo médical du Nord*, 1903, N° 39, p. 433.

Dans le premier cas, il s'agit d'une grosse vésicule présentant tous les caractères d'une tumeur du rein droit. Nous avons pratiqué le cholécystectomie, puis, en présence d'une fistule muqueuse persistante, la cholécystectomie secondaire avec cysticectomie.

Dans le second cas, nous avone vu la cholécystite calculeuse simuler trés parfaitement l'appendicite. Cholécystostomie.

Dans le troisième, une tithiase vésiculaire et cholédocienne est prise pour une obstruction cholédocienne cancéreuse chez une malade atteinte de cancer de l'estomac.

Splénectomie pour enthodéliome de la rate pesant 4 kgs 800, guérison maintenue pendant dix mois. *Société de chirurgie*, 27 juillet 1903.

Cette observation a fait l'objet d'un rapport de M. Legueu à la Société de Chirurgie. C'est le second fait publié en France de splénectomie pour maladie de Gaucher.

VIII. — ORGANES GENITAUX DE LA FEMME

Fistule recto-vaginale consécutive a une hystérectomie traitée et guérie par le procédé de Braquehaye. *Société centrale de médecine du Nord*, 27 novembre 1903.

Nous pensons avoir le premier pratiqué l'occlusion d'une fistule recto-vaginale per un procédé trés analogue à celui qu'a imaginé

Braquehaye pour la cure des fistules vésico-vaginales. Il s'agissait d'une fistule consécutive à une hystérectomie. Le résultat a été complet.

Expulsion d'un œuf entier au quatrième mois de la grossesse (en collaboration avec M. Lequette). *Société centrale de médecine du Nord*, 10 octobre 1902.

Considérations sur l'hystéropexie et sa technique. *Congrès du Caire*, 23 décembre 1902.

Un nouveau procédé d'hystéropexie abdominale, observations et résultats. *Congrès de gynécologie*, Rouen, 6 avril 1904.

L'hystéropexie abdominale présente un inconvénient sérieux, c'est son influence fâcheuse possible sur la grossesse. L'inconvénient est réel quand l'utérus est fixé à la paroi par son fond ou

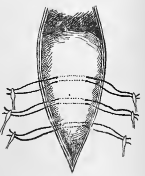


Fig. I. — Trois anses doubles de crin de Florence sont passées dans la paroi utérine antérieure et repérées par des pinces.

même par toute sa paroi antérieure ; il est bien minime, si même il existe, quand la fixation est limitée à la portion basse de la face antérieure. C'est en tenant compte de cette nécessité que nous avons imaginé un procédé dont nous avons obtenu d'excellents résultats.

Ce procédé, décrit pour la première fois dans la thèse de notre

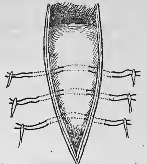


Fig. II. — Les anses de crin ont été amenées au dehors, traversant la paroi abdominale de chaque côté de l'incision médiane

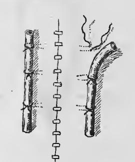


Fig. III. — La paroi abdominale est fermée. Les anses de crin sont enchevillées sur des drains.

élève Curmer, est un procédé de sutures en anses sans fils perdus.

Des anses doubles de crin de Florence traversent la paroi utérine antérieure et viennent, après avoir traversé la paroi abdominale, se fixer au dehors sur des drains qui leur servent de soutien; il s'agit donc d'une suture encbevillée. La zone de l'utérus qui doit être fixée ainsi est avivée par grattage à l'aide de l'aiguille de Reverdin.

Les fils sont enlevés le 4e ou le 5e jour.

L'utérus est solidement uni à la paroi par un véritable cal qui persiste cbez certaines de nos malades depuis trois ans.

Nous n'avons jamais observé de troubles vésicaux consécutifs à l'opération. Nous avons apporté au Congrès de Rouen 23 observations avec très bons résultats. Une de nos opérées a accouché normalement, à terme, sans accidents et son utérus est resté fixé à la paroi après l'accoucbement aussi solidement qu'auparavant. L'hystéropexie abdominale dans ces conditions nous paraît une opération simple, exempte de dangers.

Hystéropexie abdominale. Grossesse normale. Accouchement d'abord normal, pnis arrêté par la rigidité d'un col hypertrophié. Terminaison spontanée de l'accouchement après éclatement du col. Persistance de la soudnre utéro-pariétale. (En collaboration avec M. Vanverts). *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pœdiâtrie*, Rouen, 6 avril 1904.

Ablation du col utérin. *Société centrale de médecine du Nord*, 10 octobre 1902.

Quelques faits d'ablation par un procédé spécial qui n'est qu'une opération de Pouey légèrement modifiée.

Hystérectomie abdominale par infection puerpérale. *Société centrale de médecine du Nord*, 14 mars 1902.

Fibrome utérin. *Société centrale de médecine du Nord*, 24 janvier 1902.

Hystérectomie abdominale totale par le procédé de Faure. *Société centrale de médecine du Nord*, 25 octobre 1901.

Hystérectomie vaginale, hémorrhagie grave, laparotomie, guérison. *Société centrale de médecine du Nord*, 23 mai 1902.

Chez une malade atteinte d'un énorme fibrome de la lèvre postérieure du col que nous avions morcelé le matin par le vagin, nous

avons eu à combattre une hémorragie grave l'après-midi. Au cours de la laparotomie, nous avons dû placer de 20 à 25 ligatures sans compter les pédicules utéro-ovariens. En outre, nous avons trouvé un kyste de l'ovaire qui avait échappé au cours de la première intervention. Ce sont là des arguments qui militent en faveur de la voie abdominale dans le traitement de la presque totalité des fibromes utérins, voie que nous avons défendue ici et daus plusieurs des communications mentionnées ci-dessus.

Polype utérin sphacélé. Hystérectomie abdominale totale. Présentation de pièces (en collaboration avec M. Crétal). *Société centrale de médecine du Nord*, 22 janvier 1904.

Salpingo-ovarite (présentation de pièces en collaboration avec MM. Oui et Debeyre). *Société centrale de médecine du Nord*, 13 novembre 1903.

Un cas de tumeur solide de l'ovaire. *Congrès de gynécologie*, Rouen 8 avril 1904.

Il s'agit d'un énorme fibrome de l'ovaire droit mesurant 1m18 de circonférence et pesant 33 livres, développé dans le ligament large et ayant décollé tout le péritoine de la région. L'appendice et le cœcum, sans ébauche de méso, étaient plaqués contre la tumeur, le péritoine pariétal antérieur se réfléchissait sur la masse néoplasique à plus d'un travers de main au-dessus du pubis. L'opération fut laborieuse, il nous fallut lier temporairement les vaisseaux iliaques primitifs à droite, un quart de la vessie fut enlevée. La malade quitta l'hôpital entièrement guérie 36 jours plus tard.

IX. — MEMBRE SUPÉRIEUR

Luxation ancienne de l'épaule. Arthrotomie. Guérison. *Société centrale de médecine du Nord*, 8 novembre 1901.

Luxation datant d'un mois, irréductible. Par l'arthrotomie, nous avons obtenu à peu près la restitutio ad integrum. Le blessé, un charretier, a repris son métier sans ressentir aucune géne.

Luxation latérale interne du pouce. *Echo médical du Nord*, 1901, N° 46, p. 538, et *Bulletin de la Société centrale de médecine du Nord*, 1901, p. 186.

A propos d'un fait unique jusqu'à présent, nous avons entrepris quelques expériences dans le but de reproduire cette luxation sur le cadavre. Nous avons bien pu obtenir la luxation simple en dedans, mais il nous a été impossible d'obtenir des luxations irréductibles. Il est probable que dans le fait que nous avons eu occasion d'observer l'irréductibilité provenait de l'interposition du sésamoïdien externe.

X. — MEMBRE INFÉRIEUR

Coxalgie, désarticulation coxo-fémorale. *Société centrale de médecine du Nord*, 24 janvier 1902.

Sarcome des parties molles de la cuisse. *Société centrale de médecine du Nord*, 28 février 1902.

Anévrisme diffus du creux poplité, suture de l'orifice vasculaire, développement d'un nouvel anévrisme, résection très étendue de l'artère et de la veine, guérison. *Société de chirurgie*, 29 juillet 1903.

Cette observation a fait l'objet d'un rapport de M. Legueu à la Société de Chirurgie.

Ostéomyélite chronique du tibia. Contradictions radiographiques. *Société centrale de médecine du Nord*, 9 octobre 1903.

Une indication particulière du traitement chirurgical dans certains cas de déviations rachitiques des os de la jambe chez l'enfant. *La Pédiâtrie pratique*, 1er septembre 1903, p. 102.

Les enfants atteints de déviations rachitiques des os de la jambe à convexité antéro-externe (les plus fréquentes) prennent au lit l'attitude de rotation externe du membre inférieur qui leur permet de reposer tout le membre sur le plan du lit. Les lésions étant symétriques, les plantes des pieds se regardent et certains enfants prennent l'habitude de ce rapprochement des plantes au point qu'ils les maintiennent presque constamment en contact et s'opposent ainsi à la tendance très marquée qu'ont ces courbures à se redresser spontanément.

A l'appui de cette simple remarque, nous apportons deux observations qui ont la valeur d'une expérience: Dans notre service du Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer, nous avons observé deux fillettes, très semblables à tous points de vue, atteintes de la défor-

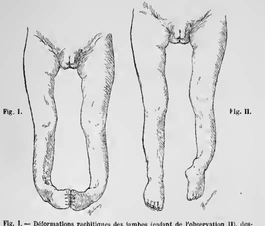


Fig. I. — Déformations rachitiques des jambes (enfant de l'observation II), dessinées d'après nature en juin 1903. La déviation des jambes chez l'enfant de l'observation I était à peu près identique en novembre 1902.

Fig. II. — Membres inférieurs de l'enfant de l'observation I, dessinés d'apres nature à la fin de juin 1903. La jambe droite a été redressée par ostéotomie, la jambe gauche est en voie de redressement spontané (comparer à la déviation représentée fig. I).

mation décrite. Chez l'une nous avons pratiqué le redressement d'un des membres par ostéotomie, l'autre a été laissée sans opération. Huit mois plus tard, la jambe non ostéotomisée de la première enfant était plus d'à moitié redressée, les deux jambes de l'autre enfant (l'enfant témoin), étaient restées déviées sans amélioration.

Amputation de Pasquier-Le Fort. *Société centrale de médecine du Nord*, 9 octobre 1903.

XI. — DIVERS

Paralysie post-anesthésique de la jambe à la suite d'une hystérectomie. *Société centrale de médecine du Nord*, 18 décembre 1903.

Chondrome de la main. Accident préchloroformique non mortel. *Société centrale de médecine du Nord*, 27 février 1903.

Observations mettant en relief l'influence du facteur nerveux dans les accidents de la chloroformisation, même chez les enfants.

Rapport sur la candidature de M. Solon Veras à la Société de médecine du Nord. *Société centrale de médecine du Nord*, 13 novembre 1903.

Rapport à la Société centrale de médecine du Nord pour la commission des prix. Séance du 18 décembre 1903.

XII. — TRAVAUX PUBLIÉS SOUS NOTRE DIRECTION

Les hernies de l'appendice iléo-cœcal, par M. Bertin. *Echo médical du Nord*, 1902, n° 1, p. 1.

Hernie de la trompe de Fallope, par M. Pêtrs Ivanoff. Thèse de Lille, 1902.

Contribution à l'étude de l'hytéropexie et de ses procédés opératoires, par M. A Curmer. Thèse de Lille, décembre 1902.

Un cas de kyste latéral du cou. développé aux dépens du canal de Bochdalek, par M. Lucas. Thèse de Lille, 27 mars 1903.

Des déviations de la colonne vertébrale chez les pottiques coxalgiques, par M. le Dr S. Veras. Bulletin de la *Société de médecine du Nord*, 1903, p. 284 et *Echo médical du Nord*, 1903, p. 577.

Traitement économique de la scoliose, par M. Solon Veras. Thèse de Lille, 1903

Désarticulation de la hanche par le procédé de Veitch-Pollosson sans tube d'Esmarck, par M. Bontemps, thèse de Lille, janvier 1904.

De l'eventration médiane post-opératoire et de son traitement chirurgical, par M. Liénard, thèse de Lille, 11 janvier 1904.